



Von zuweisender Praxis auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen _____

Termin für

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Praxisstempel

Untersuchung

CT Untersuchungsbereich _____ KW _____

CT Untersuchungsbereich _____ KW _____

Diagnose

Metformin Nein Ja

Schilddrüsenmedikament Nein Ja Welches: _____

Kontrastmittelunverträglichkeit Nein Ja Welches: _____

Herzschrittmacher Nein Ja

Rollstuhl Nein Ja

Sonstige Implantate _____

Sonstige Anmerkungen _____

Vom RadiologieZentrum Schwabmünchen auszufüllen

Termin CT am _____

MR am _____

Für die Untersuchung bitte folgende Laborwerte und Vorbereitungen treffen:

Kreatinin

TSH Basal

Vor Untersuchung nichts essen

Metforminhaltige Medikamente absetzen (2 Tage vor und 2 Tage nach der Untersuchung)

1 Liter stilles Wasser 1 Stunde vor der Untersuchung langsam schluckweise trinken

Sonstige Anmerkungen
